FIOCRUZ

Súmula

http://www.ensp.fiocruz.br/publi/radis/prgradis.htm

RADIS
Reunião, Análise e Difusão de Informação sobre Saúde

Nº 81 – Julho de 2001

ESPECIAL

CONSELHOS DE SAÚDE E CONTROLE SOCIAL

Na luta pela democratização do País, o Movimento Sanitário Brasileiro, representando a força de organização da sociedade civil na área da saúde, teve papel fundamental na construção do projeto de saúde pública que resultou na implantação de um sistema de saúde – o SUS -, cujo objetivo é garantir a toda a população uma saúde de qualidade em todos os seus níveis. Mais do que isso, o movimento garantiu a criação dos Conselhos de Saúde, nos quais a população tem direito de fiscalizar as ações do Estado em relação à elaboração, controle e fiscalização das políticas de saúde.

Entre a elaboração de um projeto e sua efetivação existe, no entanto, uma grande distância. Operacionalizar o SUS é ainda um grande desafio. Os Conselhos de Saúde ainda não estão implantados em todo o País e muitos dos que já existem têm encontrado dificuldades para exercerem satisfatoriamente seu papel. As maiores dificuldades estão relacionadas ao aprendizado necessário para o pleno exercício da democracia, da cidadania, da participação e do controle social.

Se considerarmos o Conselho de Saúde como um importante espaço público de Controle Social, é necessário fortalecer a sociedade organizada, expressa pelos Movimentos Sociais e Organizações Não Governamentais (ONGs), para que, nos Conselhos, os Conselheiros representem de fato a sociedade que lhes dá sustentação. Para que isso ocorra, a palavra chave passa a ser *capacitação*.

O tema desta Súmula Especial surgiu durante a 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília em dezembro de 2000, quando a equipe do Radis visitou o espaço destinado à Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso (SES-MT) e percebeu a necessidade de dar um caráter nacional a uma iniciativa desenvolvida naquele Estado: a publicação de duas cartilhas sobre os conceitos e a estrutura de funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, instrumentos importantes para o treinamento de mais de 700 conselheiros, em 114 municípios do estado.

A idéia ganhou corpo quando se viu, nos grupos de trabalho e na plenária da Conferência, que uma das principais demandas dos delegados era justamente por mais informação e melhor capacitação, ferramentas indispensáveis para que conselheiros municipais e estaduais de saúde exerçam seu trabalho com eficiência.

Esta publicação do Radis tem como base o texto das cartilhas e pretende servir de subsídio para conselheiros e todos os que participam do processo de construção de uma saúde pública de qualidade. O essencial, no entanto, é que o leitor – conselheiro ou não – possa refletir sobre cada uma das questões apresentadas, adaptando-as ao seu município, e compreender a importância de sua participação. ■

Sistema Único de Saúde

O que é? Como funciona?

O SUS é a união de todas as ações e serviços de saúde públicos e privados contratados para garantir a todos os cidadãos brasileiros (universalidade) acesso à promoção da saúde, prevenção de doenças e assistência médica (integralidade). Previsto na Constituição Federal de 88 (art.196) e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/90 e Lei nº 8142/91), é uma rede hierar-quizada, regionalizada e descentralizada sob o comando único em cada nível de governo – federal, estadual e municipal. Gerido pelo poder público e financiado com recursos da união, estados e municípios, incorpora também o controle social, mediante a participação da população nos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde em seus diferentes níveis de organização. O SUS substituiu, na área da saúde, o sistema do antigo Instituto de Assistência Médica e Previdência Social, o direito à saúde em todas as suas dimensões e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, criado em 1987, foi implementado pelo antigo INAMPS em associação com o Ministério da Saúde para aumentar o repasse de recursos para Estados e Municípios.

COMO É ORGANIZADO?

O SUS organiza-se de modo a aproveitar ao máximo os recursos existentes. Uma das iniciativas é o Consórcio Intermunicipal de Saúde, onde diversos municípios juntos assumem a prestação de um serviço.

A descentralização permite a divisão de responsabilidades entre os governos federal, estadual e municipal, representado por níveis de gestão distintos. Segundo a Norma Operacional Básica do SUS de1996 (NOB/SUS número 01/96), os estados podem estar em gestão Avançada ou Plena do Sistema de Saúde, e os municípios em gestão Plena de Atenção Básica ou em Plena do Sistema Municipal. A Atenção Básica constitui as ações que estão no primeiro nível no sistema de saúde e inclui promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

Há algumas exigências para a habilitação nestas gestões: os municípios precisam comprovar a existência de um Plano Municipal de Saúde, um Fundo Municipal de Saúde, capacidade para gerir as ações, exercer o controle dos serviços e possuir um Conselho Municipal de saúde atuante, entre outras. Os estados precisam também que 80% de seus

municípios estejam em algum tipo de enquadramento ou que os já enquadrados representem 60% de sua população.

As ações e serviços abrangidos pelo SUS vão desde a promoção da saúde, estimulando hábitos mais saudáveis, prevenção de doenças, por meio de atividade de educação em saúde, vacinação em massa até a prestação de assistência médica – consultas, exames, fornecimento de medicamentos básicos.

COMO É FINANCIADO?

A maior parte do financiamento do SUS provém de contribuições sociais de empregados e empregadores, recursos do Fundo de Mobilização Social e, mais recentemente, de recursos da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), arrecadados pela União.

O total de recursos para assistência à saúde é transferido pela União a municípios diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de saúde. A União também repassa recursos diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais. Todas essas transferências estão limitadas a tetos financeiros calculados considerando-se a população de cada unidade da Federação e, principalmente, a extensão e complexidade da rede de serviços (leia mais na pág. 10).

COMO É GERENCIADO ?

O comando único em cada nível de governo serve para estabelecer a responsabilidade pelas ações em uma determinada base territorial ou hierarquia da atenção à saúde, para que não haja superposição de esforços e conflitos de poder. Para superar conflitos entre os diferentes níveis de governo, o SUS prevê comissões entre estados e seus municípios (Comissões Intergestoras Bipartite – CIB) e entre União, estados e municípios (Comissão Intergestora Tripartite – CIT), que reúnem-se regularmente.

PROBLEMAS

O sucesso da implantação ainda encontra barreiras na cultura política brasileira. Uma das conseqüências está no percentual do PIB destinado ao setor: apenas 2,10%. O Conselho Nacional de Saúde aponta que a arrecadação da União cresceu 80% entre 1995 e 1999. Se a proporcionalidade de distribuição das receitas tivesse sido mantida, o orçamento da saúde teria chegado a 38 bilhões em 2000, em vez dos 22 bilhões observados.

HISTÓRICO

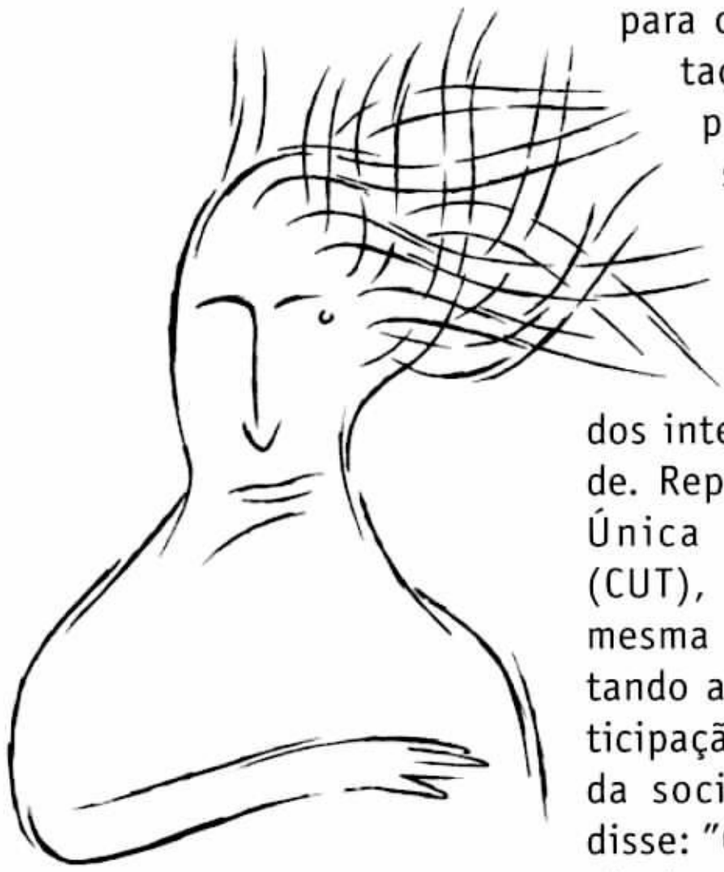
"Apesar de você, amanhã há de ser outro dia." Foi com essas palavras que, na década de 70, Chico Buarque burlou a severa 'lei do silêncio' e mandou um recado à Ditadura Militar. O regime foi responsável por um modelo de desenvolvimento no setor de saúde pública que beneficiava apenas as pessoas inseridas no mercado de trabalho. O Movimento Sanitário foi uma das iniciativas da sociedade em defesa da democratização desse sistema, tendo um papel fundamental na construção de um projeto de saúde pública que resultou na implantação do SUS. O processo de descentralização do Sistema de Saúde Brasileiro teve início na década de 80, sendo legitimado pela Constituição Federal de 88, e seu sucesso depende diretamente da ação conjunta do Estado e da sociedade civil.

SUS: 85% CONSIDERAM ATENDIMENTO BOM OU EXCELENTE

Os brasileiros estão muito mais satisfeitos com os hospitais brasileiros do que se pode imaginar. Pesquisa feita pelo Ministério da Saúde a partir da resposta de 110 mil usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) mostra que 85% dos entrevistados consideram excelente ou bom o atendimento oferecido pelos hospitais vinculados ao SUS; 11% classificaram como regular; 2% como ruim; e 2% como péssimo.

Os estados com maiores índices de satisfação são, na ordem decrescente de satisfação: São Paulo, Rio Grande do Sul, Minas gerais, Paraná e Goiás. Dentre as cidades, as mais satisfeitas são: Florianópolis, Porto Alegre, Curitiba, São Paulo e Belo horizonte.

A pesquisa mostra que pacientes estão satisfeitos principalmente com o atendimento médico. A equipe médica recebeu nota média de 8,3 (numa escala de zero a dez), nota média mais alta entre os ítens da pesquisa.; A mais baixa ficou com as instalações físicas, 7,7.



CONTROLE SOCIAL

A Constituição garante em seu artigo 6º "a saúde, a educação, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade, a assistência aos desamparados", como direitos sociais. "Mas temos hoje serviços de rico para rico e serviços de pobres para pobres", afirmou a Professora da UFRJ, Laura Tavares, durante a 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2000.

A representante dos usuários, Maria Betânia Ávila, concorda com este diagnóstico: "Ser usuário do SUS ainda está associado a uma desigualdade de classe. Ainda está associado à aspiração de possuir outro meio de acesso à saúde. Esse é um caminho perigoso, já que o sistema de saúde privado não tem oferecido serviços para cidadãos, mas para consumidores".

O controle social – um dos fatores mais importantes para o sucesso na implantação do SUS – é a capacidade que a sociedade civil tem de interferir na gestão pública, colocando as ações do Estado na direção dos interesses da comunidade. Representando a Central Única dos Trabalhadores (CUT), Mônica Valente, na mesma Conferência, ressaltando a importância da participação de todos os setores da sociedade no processo, disse: "O que temos acompanhado em inúmeras cidades onde busca-se implantar o SUS é que, quanto menor o controle social, pior tem sido sua implantação. E não há controle social – logo não há SUS – se ele não atingir os fundos e o orçamento da saúde".

Conselhos de Saúde

Espaços de participação social

O Conselho Nacional de Saúde – CNS – é um espaço de participação social na administração do Sistema Público e atua no controle da execução da política de saúde estabelecendo estratégias de coordenação e gestão do SUS. É uma atividade não remunerada e aberta à participação da sociedade. Baseado na Constituição Federal, na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) e na Lei nº 8.142/90, o Conselho consolida o controle social, por intermédio dos Conselhos Estaduais e Municipais.

O CNS é uma instância coletiva, com poder de decisão. Ligado ao Poder executivo, é composto por 50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de prestadores de serviços. Representantes do Governo, profissionais de saúde e usuários estão entre os participantes e o número de conselheiros varia entre 10 e 20 membros. O presidente é eleito entre os membros e a representação depende da realidade existente em cada área, preservando-se o princípio da paridade em relação aos usuários, e começam com a presença mínima da metade mais um de seus membros. Cada membro terá direito a um voto. As resoluções serão homologadas pelo Ministro de Estado da Saúde e publicadas no Diário Oficial da União (D.O.U.) no prazo máximo de trinta dias após sua aprovação pelo Plenário. As votações são apuradas pela contagem de votos a favor, contra e abstenções, mediante manifestação expressa de cada conselheiro, ficando excluída a possibilidade de votação secreta. O Conselho conta ainda com o apoio administrativo do Governo na estrutura e funcionamento, garantindo-lhes a dotação orçamentária.

O desenvolvimento do controle social no SUS através dos Conselhos começa a transparecer com a implementação na Norma Operacional Básica, a NOB-93, que sistematiza melhor o processo de descentralização. Acelera-se a criação dos Conselhos de Saúde, completando-os em todas as unidades federadas, e os próprios conselhos apuram sua paridade, regularidade das reuniões e controle social. De acordo com o site do Conselho Nacional de Saúde (*http://www.saude.gov.br*), estima-se hoje que existam cerca de 4 mil Conselhos Municipais de Saúde, dos quais mil ainda com composição e funcionamento precários, o que resulta uma estimativa por volta de 45 mil conselheiros de saúde nas três esferas do governo.

ESTRUTURA

O Conselho Nacional de Saúde é composto pelo Plenário, comissões e grupos de trabalho e Secretaria Executiva. Os atos são homologados pelo chefe do poder executivo local ou por secretários Estaduais e Municipais.

O Plenário é um fórum de deliberações votadas em reuniões mensais. Baseado em um regimento interno, é composto por conselheiros com mandato de dois anos. São funções dos conselheiros: representação dos interesses específicos de seu segmento social ou governamental e de formulação e deliberação coletiva no órgão colegiado, pelo de posicionamento a favor dos interesses da população usuária do Sistema Único de saúde.

As Comissões, constituídas por força da lei 8080/90, têm por finalidade articular políticas e programas de interesse para saúde cujas execuções envolvam áreas como alimentação, nutrição, saneamento e meio ambiente, entre outras.

Os grupos de trabalho são criados pelo Plenário com o objetivo de articular programas de saúde. Saneamento, meio ambiente, alimentação e nutrição estão entre os temas abordados. As comissões e grupos de trabalho são dirigidos por um Coordenador designado pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde. A Secretaria Executiva é a unidade de apoio ao funcionamento do Conselho de Saúde. Subordinada ao Plenário do Conselho, sua função é secretariar as reuniões, divulgar as deliberações e manter intercâmbio com as unidades do Sistema Único de Saúde.

CONSELHOS ESTADUAIS E MUNICIPAIS

Os Conselhos estaduais são compostos por representantes do Governo Federal, (indicados pelo Ministro de Estado da Saúde e outros Ministérios), representantes da Secretaria de Saúde do Estado, das Secretarias Municipais de Saúde, dos trabalhadores da área de saúde e prestadores de

serviço de saúde, sendo 50% de entidades filantrópicas e 50% de entidades não filantrópicas. A efetiva participação do usuário depende da mobilização das entidades representativas da sociedade em defesa do SUS e da saúde pública, propondo caminhos e soluções, qualificando-se para elegerem seus representantes.

O Conselho Municipal de Saúde é um órgão colegiado, vinculado à Secretaria Municipal e faz parte dos mecanismos criados pelo SUS para garantir o controle social do Sistema de Saúde nos municípios. A formulação de estratégias para elaboração de planos de saúde e o controle das políticas definidas estão entre as atribuições mais importantes do conselho. Para que se possa cumprir o que a lei determina, o Conselho deve exercer o controle social do SUS fiscalizando, planejando e controlando os recursos destinados à área de Saúde no orçamento do Município. O Conselho deve ainda fiscalizar o Fundo Municipal de Saúde e propor o Plano Municipal de Saúde na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Os Conselhos Municipais possuem estrutura semelhante à dos Conselhos estaduais e os usuários têm representação semelhante em ambos. Os usuários do Sistema são representados por entidades congregadas de sindicatos de trabalhadores urbanos e rurais, movimentos comunitários organizados na área da saúde, conselhos comunitários e associações de moradores, entre outras. Atualmente, entende-se que a cidadania não reside mais na simples escolha de dirigentes pelo voto e sim na possibilidade de colocar nos fóruns de decisões estes novos sujeitos.

Nota-se que essa participação está sendo produzida na esfera local. Recuperamos uma visão comunitária, onde pessoas e famílias passam a ser co-responsáveis por sua saúde e bem estar. Instituir um poder local como sistema organizado de consensos da sociedade civil num espaço limitado implica alterações no sistema de organização da informação, reforço da capacidade administrativa e um amplo trabalho de formação na comunidade sobre as leis e a participação no Sistema Público de Saúde.

ATRIBUIÇÕES DOS CONSELHOS DE SAÚDE

- Estabelecer estratégias e mecanismos de coordenação e gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados em nível nacional, estadual e municipal.
- Traçar diretrizes de elaboração e aprovar os planos de saúde, adequando-se aos demais colegiados em nível nacional, estadual e municipal.
- Propor a adoção de critérios que definam qualidade e melhor resolução do sistema de saúde.
- Examinar propostas e denúncias, responder a consultas sobre assuntos pertinentes a ações e serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do colegiado.
- Fiscalizar a movimentação de recursos repassados ao Fundo de Saúde.
- Estimular a participação social no controle da administração do SUS.
- Propor critérios para execução financeira e orçamentária do fundo de Saúde, acompanhando a movimentação dos recursos.
- Opinar sobre a criação de novos cursos superiores na área de saúde, em articulação com o Ministério da Educação e do Desporto.

NA PONTA DA LÍNGUA

Leis e resoluções que todo conselheiro deve conhecer:

- **Lei 8080**, de19/set/1990
  A lei regula as ações, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde em todo país.
- **Lei 8142**, de dez/90
  A lei dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, a alocação de recursos financeiros na área da saúde, a estrutura dos Conselhos e das Conferências de Saúde.
- **Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 33**, de 23/dez/92
  Sobre os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.
- **Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 52**, de 6/ maio/93
  Sobre o fórum de negociação entre empregadores e trabalhadores do SUS.
- **Decreto nº 1232**, de 30/ago/94
  Trata das formas de repasse de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde dos estados, municípios e Distrito Federal.

Saiba mais:

http://www.saude.rj.gov.br/

http://www.saude.gov.br/

http://www.conasems.com.br

http://www.mcanet.com.br/cmsf/index2.html

http://www.pms.ba.gov.br/smec

http://www.prodam.sp.gov.br/sms/instituc/c_conselho.htm

Formando conselheiros

O Programa de Apoio ao Fortalecimento do Controle Social no Sus foi criado a partir de uma parceria entre a Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde do Ministério da Saúde (SIS/MS), o Conselho Nacional de Saúde (CSN) e o Ministério público (MP). Seu objetivo é a capacitação de cerca de 43 mil conselheiros de saúde em todo o país e a formação, em Direito Sanitário, de aproximadamente 1300 membros do Ministérios Público. Para obter mais informações sobre o programa, consulte:

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE / MINISTÉRIO DA SAÚDE

Esplanada dos Ministérios
Bloco G – Ed. Anexo – Ala B – 1º andar Salas 130/ 136
70058-900 – Brasília – DF
Fone: 61 – 315-2051
Fax: 61 – 315-1472
e-mail: *cns@saude.gov.br*

MINISTÉRIO DA SAÚDE / SECRETARIA DE GESTÃO DE INVESTIMENTOS EM SAÚDE

Esplanada dos Ministérios
Bloco G – Ed. Sede – 8º andar
Sala 823
70058-900 – Brasília – DF
Fone: 61 – 315-2574
Fax: 61 – 223-0799

Informação

Onde buscar? Como utilizar?

Além de acompanhar e avaliar as ações que o Estado executa na área da saúde, um Conselho também tem o poder de, identificando as carências de seu município, definir, juntamente com a equipe de gestão governamental, que ações devem ser desenvolvidas prioritariamente.

A INFORMAÇÃO COMO RECURSO

Para que as decisões sejam tomadas de forma consciente e o controle dessas ações seja feito com eficácia, é necessário que tanto as secretarias de saúde quanto os conselheiros tenham acesso à informação de qualidade e plenamente confiável.

Por essa razão, todo município deve ter um Sistema de Informação capaz de coletar, para depois organizar e redistribuir de forma clara, dados que permitam o melhor diagnóstico possível da área de saúde. Os sistemas de informação servem, portanto, de referência para a Secretaria Municipal de Saúde identificar os principais problemas e planejar as ações de saúde, dizendo como, quando, com quem, com que recursos elas serão realizadas e que mecanismos de controle e avaliação serão utilizados para saber se deram certo ou não.

Um Plano de Saúde, então, nada mais é do que o resultado do planejamento daquilo que foi feito num determinado período e, para ser eficiente, deve estar o mais próximo possível da realidade do município.

O QUE É NECESSÁRIO SABER?

Através da consulta ao sistema de informação de seu município, uma pessoa deve ser capaz de obter dados tanto de caráter geral (população e como ela está constituída quanto a idade, sexo, escolaridade, renda e condições de habitação, atividades econômicas, se existe água tratada e rede de esgoto) quanto específicos da área de saúde (doenças mais freqüentes ou mais perigosas, recursos financeiros disponíveis, quantidade de profissionais atuando na área, número de postos, centros de saúde, leitos e hospitais no município).

Parece difícil obter tantas informações, mas não é, pois todas elas podem ser encontradas na Prefeitura Municipal, que reúne também dados oferecidos por vários outros órgãos, como o IBGE e o Ministério da Saúde. Existem ainda vários sistemas desenvolvidos pelo SUS, que também podem ser consultados pela Internet (*www.datasus.gov.br*), bem como redes de informação de caráter nacional.

O que se deve ter sempre em mente é que, por serem importantes ferramentas de trabalho para a gestão da saúde, os dados precisam refletir a realidade, precisam estar corretos. Disparidades ou erros encontrados nos sistemas de informação devem ser comunicados e corrigidos, pois além de prejudicarem as ações municipais afetam negativamente as ações de âmbito estadual. Os Conselhos também podem enviar dados à Secretaria de Saúde, que se encarregará de investigá-los.

DA INFORMAÇÃO À AÇÃO – A ATENÇÃO BÁSICA –

Falar em Atenção Básica é falar de ações cujo objetivo é melhorar a saúde das pessoas pela promoção (condição de lazer, saneamento, educação), prevenção (vacinação, aleitamento materno), tratamento e reabilitação. Estas ações precisam ser planejadas em estreita sintonia com a realidade da população a que se destinam, para terem bons resultados. Por esse motivo, com a descentra-lização da saúde, o município, através do Sistema Municipal de Saúde – SMS, acaba sendo o principal responsável pela organização deste nível de atenção.

A idéia por trás da Atenção Básica é que, em matéria de saúde, prevenir as doenças é sempre mais seguro e mais econômico e é certo que, se a Atenção Básica estiver bem organizada, cerca de 90% dos problemas de saúde da população estarão resolvidos.

O PRIMEIRO PASSO

Obter informações que possibilitem o conhecimento profundo do município é, portanto, o primeiro passo no planejamento das ações de Atenção Básica. É preciso buscar nos sistemas de informação o número de famílias, de moradores, como estão distribuídos bairros e comunidades, onde ocorrem doenças específicas e como estão organizados os serviços de atenção à saúde no local. Além disso, é preciso conhecer as pessoas e o jeito de ser da comunidade.

Dois programas, de caráter municipal, foram criados pelo Ministério da Saúde para servirem de modelo de Atenção Básica. O primeiro deles, surgido em 1991, é o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), no qual moradores das próprias comunidades são selecionados e treinados para, através de visitas domiciliares, levantar dados sobre condições de vida da população da área onde atuam e orientar sobre questões relacionadas à saúde. O segundo, cujas primeiras equipes foram formadas em 1994, é o Programa Saúde da Família (PSF).

UMA EXPERIÊNCIA PROMISSORA

O Programa de Saúde da Família, considerado modelo de Atenção Básica, surgiu com o propósito de substituir o modelo tradicional de atenção à saúde e está sendo posto em prática por cerca de 1.300 dos 5.507 municípios do país.

No programa, equipes constituídas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, ficam responsáveis por visitar regularmente entre 600 e 900 famílias de uma determinada comunidade. Durante as visitas, é feito atendimento médico, quando necessário, e levantamento de dados sociais, demográficos e epide-miológicos, Além disso, são identificadas doenças e situações de risco à saúde às quais está exposta a população atendida para que equipe e comunidade possam traçar, em conjunto, estratégias para a solução dos problemas. Isso significa um trabalho global, que trata a família como um todo e não de forma fragmentada (separando crianças, idosos e gestantes) e observa atentamente o modo de vida dos moradores da casa e suas relações com o ambiente para propor ações educativas que melhorem as condições de vida no local.

Existem muitas formas de os municípios tratarem a Atenção Básica. O importante é que os Conselhos de Saúde têm o poder de exigir dos gestores a criação de programas que tenham este objetivo. No caso do PSF e do PACS, é preciso entrar em contato com a Secretaria Estadual de Saúde, lembrando que o Ministério da Saúde faz ainda um repasse de recursos, a título de incentivo, para os municípios que implantam os programas.

ALGUNS DOS SISTEMAS E REDES DE INFORMAÇÃO DISPONÍVEIS

Todos os sistemas e redes apresentados podem ser facilmente acessados pelo site do Ministério da Saúde (www.saúde.gov.br), na seção 'Informações em Saúde'. As informações também podem ser obtidas diretamente nas prefeituras municipais, estando acessíveis a todo cidadão brasileiro.

- **SINASC** (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos)
Informa o número de nascidos vivos, as características da mãe, do parto e da criança ao nascer. Faz parte do cálculo da taxa de mortalidade infantil, cujo denominador é o número de nascidos vivos.

- **SINAN** (Sistema Nacional de Agravos de Notificação)
Informa quais as doenças de notificação (diarréias, dengue, malária, meningite etc) que estão ocorrendo, qual a idade e sexo das pessoas e em que localidade estão acontecendo.

- **SISVAN** (Sistema de Informações de Vigilância Alimentar e Nutricional)
Informa as características das crianças, na faixa etária de 0 a 5 anos e das gestantes, identificando, inclusive, o número de gestantes desnutridas.

- **SIAB** (Sistema de Informações de Atenção Básica)
Informa, na área dos programa 'Agentes Comunitários de Saúde' e 'Saúde da Família', o número de nascidos vivos, número de crianças menores de dois anos pesadas e vacinadas, as gestantes cadastradas, número de hipertensos, diabéticos, hansenianos e tuberculosos, o número de visitas domiciliares, internações domiciliares e o número de consultas realizadas por médicos e enfermeiros.

- **SIA/SUS** (Sistema de Informações Ambulatoriais)
Informa a capacidade instalada do seu município, isto é, o números de postos de saúde, policlínicas, maternidades, prontosocorros, consultórios médicos e odontológicos, entre outros. Informa também a produção ambulatorial, ou seja, os procedimentos realizados.

- **SIH/SUS** (Sistema de Informações Hospitalares)
Informa o número de hospitais existentes, sua capacidade em números de leitos, o tempo médio de permanência do paciente no hospital, quantos são públicos ou credenciados ao SUS. É o sistema que processa as Autorizações de Internações Hospitalares (AIH´s), disponibilizando informações sobre os recursos destinados a cada hospital que integra o SUS, as principais causas de internação (parto normal, insuficiência cardíaca, cesarianas etc).

- **SIM** (Sistema de Informações sobre Mortalidade)
Informa o número de óbitos ocorridos no município e no Estado, a causa determinante da morte, por idade, sexo e localidade. Subsidia o cálculo da taxa de mortalidade infantil, mortalidade materna, entre outros.

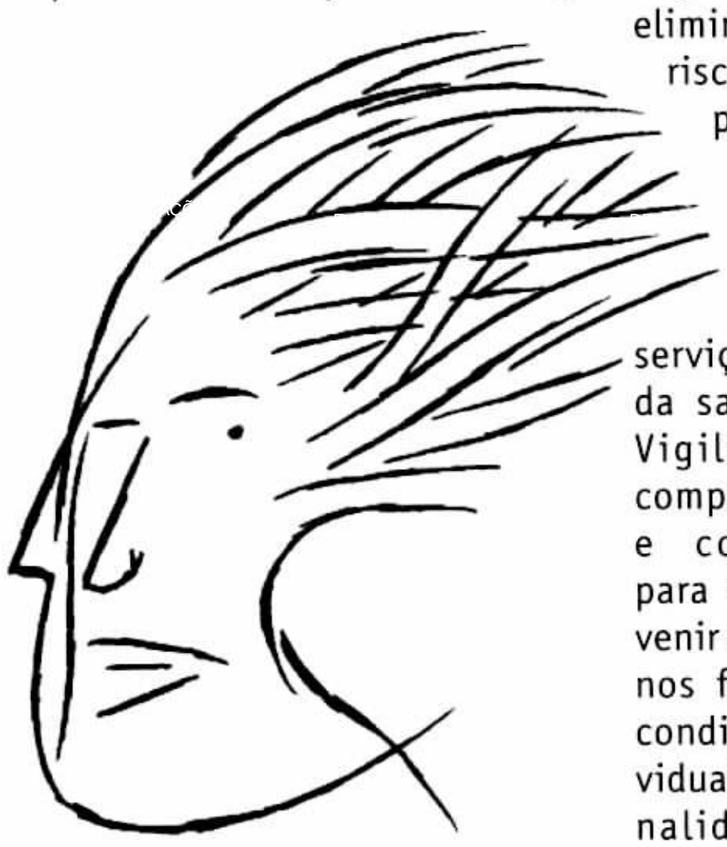
- **RIPSA** (Rede Interagencial de Informações para a Saúde)
Disponibiliza dados básicos, indicadores e análises de situação sobre as condições de saúde e suas tendências no país, para melhorar a capacidade de formulação, coordenação, gestão e operacionalização de políticas e ações públicas dirigidas à qualidade de saúde e de vida da população.

- **RNIS** (Rede Nacional de Informações em Saúde)
Integrada na Internet, promove acesso e intercâmbio de informações em Saúde para gestão, planejamento e pesquisa para gestores, agentes e usuários do SUS. (www.rnis.saude.gov.br)

Gestão do SUS

Responsabilidade dos municípios

A Legislação Federal e Estadual do SUS estabelece, no Art. 196: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". Aos municípios cabe o cumprimento desta e de todas as leis aprovadas. Inseridos na proposta da Atenção Básica, todos os municípios devem promover condições de saúde,



lazer, saneamento, oferecer tratamento médico e hospitalar, organizar estratégias de vacinação, aleitamento materno, entre outras medidas.

Cientes de que são de relevância pública as ações e serviços de saúde, as cidades têm a responsabilidade de atuar junto aos grupos e fatores de risco comportamentais, alimentares e ambientais a fim de prevenir o aparecimento de doenças ou quaisquer outros danos à saúde. Para tal, contam com a atuação da Vigilância Sanitária e Epidemiológica em conjunto com outros órgãos governamentais como Secretarias de Educação, Meio Ambiente e Fundação Nacional de Saúde.

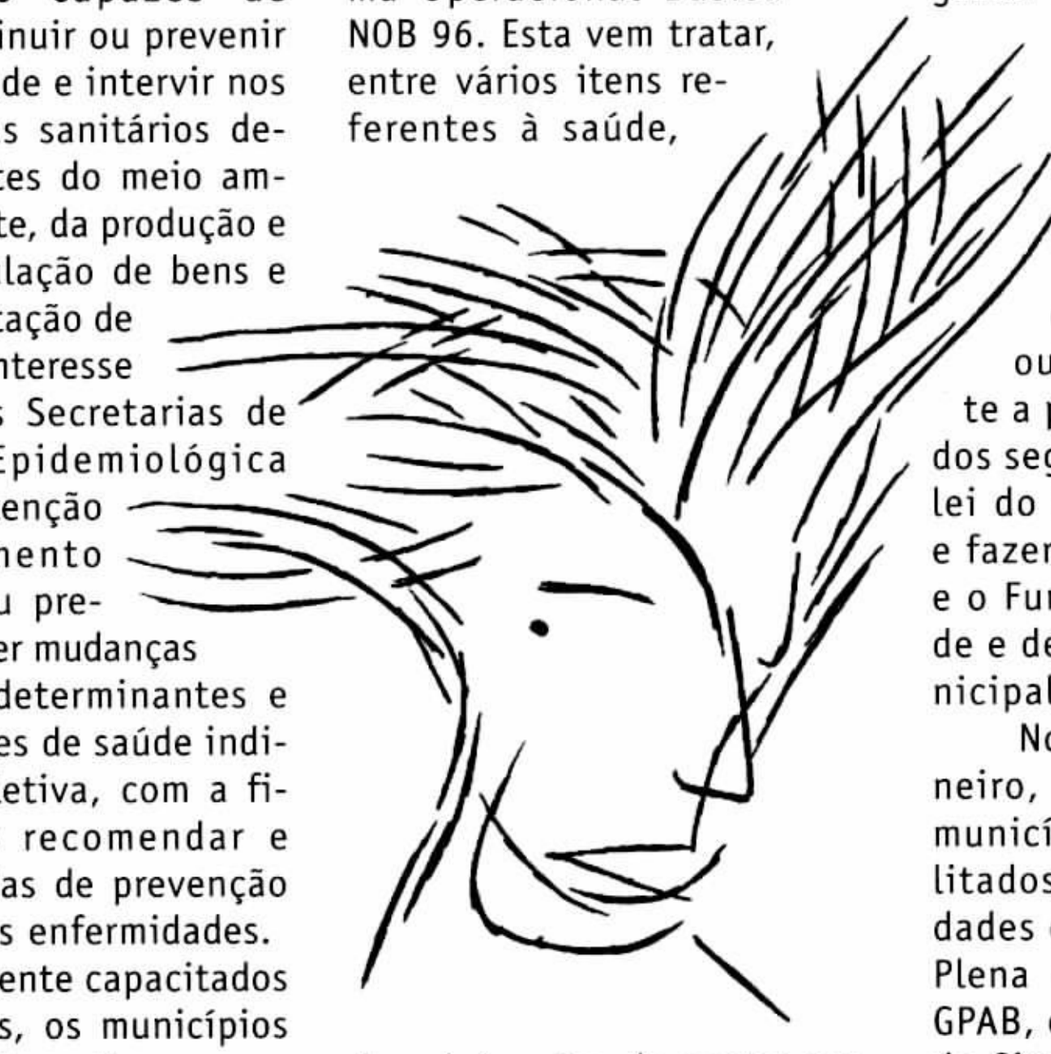
AS SECRETARIAS

Segundo a Legislação, é da competência das Secretarias de Vigilância Sanitária planejar ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde. Às Secretarias de Vigilância Epidemiológica competem atenção e conhecimento para deter ou prevenir quaisquer mudanças nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle das enfermidades.

Devidamente capacitados e organizados, os municípios devem ainda investigar os casos de doenças de notificação compulsória, como a dengue, e implementar procedimentos que venham interromper a cadeia de transmissão. Outros procedimentos a serem implantados são o controle de endemias e as ações educativas que visam controlar a qualidade de produtos e serviços, especialmente de alimentos, de serviços de saúde e da água para consumo, proporcionando à população uma vida saudável e livre de doenças.

GESTÃO PLENA

Para que o Município possa fazer a organização do Sistema de Saúde, precisa habilitar-se na Gestão Plena da Atenção Básica segundo a Norma Operacional Básica – NOB 96. Esta vem tratar, entre vários itens referentes à saúde,



das obrigações do gestor municipal, dos requisitos básicos para as modalidades de gestão e das prerrogativas que facilitam o seu desempenho. A partir daí, o gestor municipal poderá, assim, prover a atenção à saúde, com a devida cooperação técnica e financeira da União e dos estados, caracterizando um processo de transformação profunda no qual se desloca o poder – que representa a gestão, as atribuições e decisões – para um nível mais local do Sistema.

EXIGÊNCIAS DA LEI

A NOB 96 estabelece um objetivo claramente definido: "Promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde de seus municípios". Desta forma, um município encontra-se habilitado quando os compromissos assumidos por parte do gestor perante os outros gestores e perante a população são cumpridos segundo as exigências da lei do SUS, ou seja, de criar e fazer funcionar o Conselho e o Fundo Municipal de Saúde e de elaborar o Plano Municipal de Saúde.

No Estado do Rio de Janeiro, por exemplo, dos 91 municípios, 79% estão habilitados em uma das modalidades de gestão, denominada Plena da Atenção Básica — GPAB, e 21%, na Gestão Plena do Sistema — GPS, já preconizados pela NOB 96, sendo que 71% da população está concentrada em municípios habilitados nesta última modalidade de gestão, o que corresponde a cerca de 10 milhões de habitantes. ■

Análise de planejamento na saúde

O QUE UM CONSELHEIRO MUNICIPAL DE SAÚDE PRECISA SABER?

Quem nunca precisou de uma simples consulta médica ou mesmo de uma internação? Por isso, os Conselhos Municipais de Saúde se organizam de forma a conferir e exigir dos municípios o cumprimento de suas responsabilidades, ou seja, de criar planos de saúde que atendam às necessidades do indivíduo e da sua família. Desta forma, precisam tomar conhecimento sobre o que está sendo feito ou planejado, garantindo a qualidade no sistema. Todo Conselheiro de Saúde precisa saber:

1 – Se todos os bairros de seu município possuem serviço de Atenção Básica funcionando de forma satisfatória;

2 – Quais são as ações e serviços de Atenção Básica à saúde que estão sendo desenvolvidos;

3 – Se existe Programa de Agentes Comunitários de Saúde implantado e que parcela da população abrange;

4 – Se existe o Programa de Saúde da Família implantado e qual a cobertura;

5 – Se a população tem acesso aos exames necessários na rotina da Atenção Básica;

4 – Quais são os serviços de urgência e emergência disponíveis e as principais dificuldades de acesso aos serviços mais complexos;

5 – O número de unidades de saúde e sua localização no município, sejam policlínicas, postos, centros de saúde, unidades de coleta de transfusão de sangue, unidades de reabilitação e fisioterapia, unidades de odontologia, hospitais ou laboratórios;

6 – O número de profissionais de saúde por especialização;

7 – O número de leitos por clínica, tanto médica, pediátrica, cirúrgica e obstétrica, que o município tem disponível para o Sistema Único de Saúde – SUS;

8 – Se os serviços estão devidamente organizados;

9 – Quem autoriza e controla as internações e se existe central de marcação de consultas, exames e internações;

10 – De que maneira está organizada a distribuição de medicamentos no município;

11 – De que maneira a população avalia a qualidade dos serviços de saúde, tanto ambulatoriais quanto hospitalares;

12 – Se a Vigilância Sanitária está implantada e atuante;

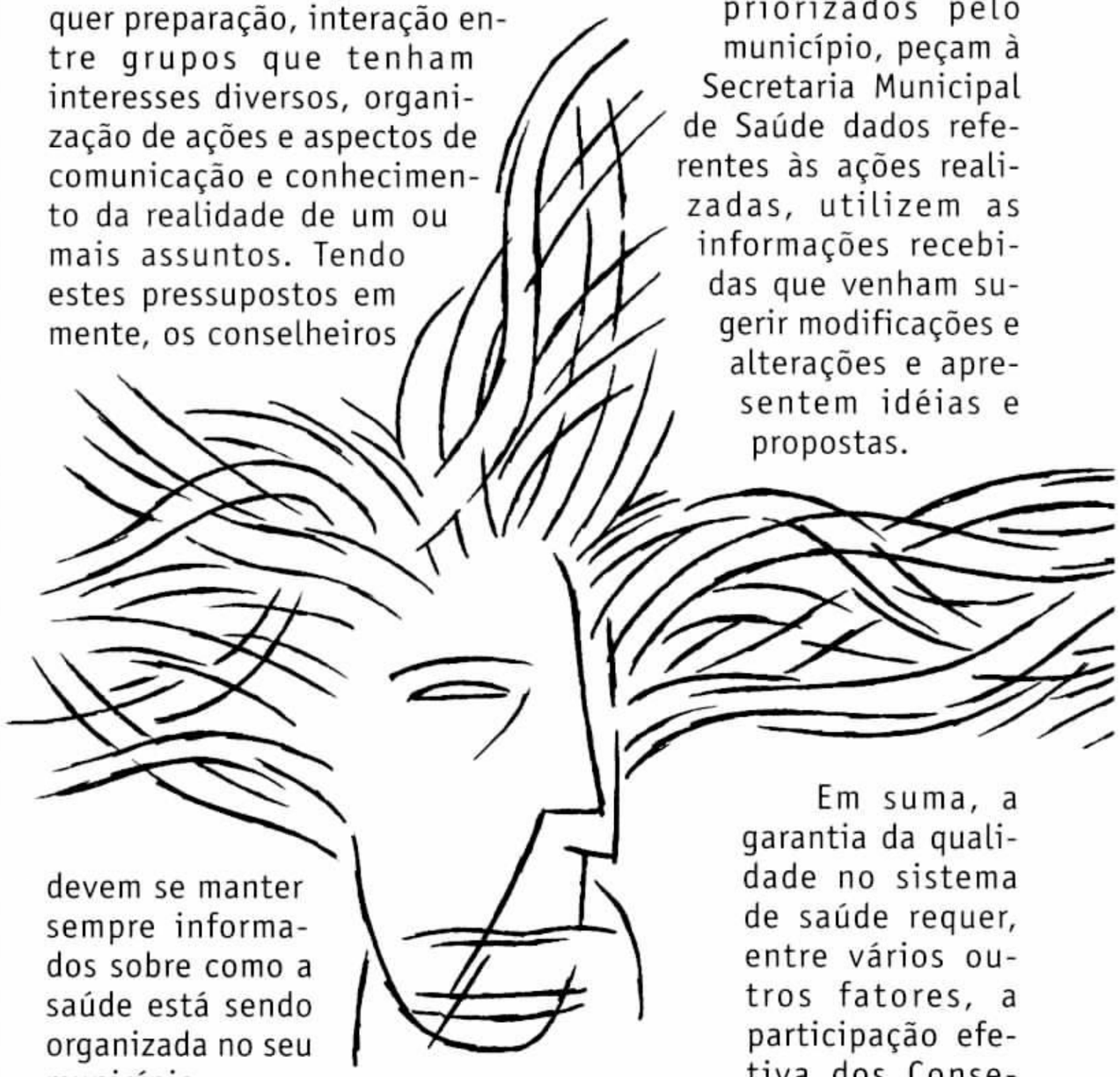
13 – De que maneira o município encaminha a sua população para os municípios de referência quando necessita de algum serviço não disponível, seja rotineiro ou não;

14 – E se existe alguma ação diferenciada na região ou plano de saúde criado pelo próprio município.

Em busca de um sistema eficiente, muitos municípios têm se organizado através de equipes especializadas na Atenção Básica, implantando os programas modelos do Ministério da Saúde – "Saúde da Família" e "Agentes Comunitários da Saúde".

Os Conselhos de Saúde, sejam estaduais, municipais ou do Distrito Federal, podem atuar na formulação e controle da execução da política de saúde, incluídos seus aspectos econômicos, financeiros e de gerência, traçar diretrizes de elaboração e aprovar os planos de saúde. Devem ainda propor a adoção de critérios que definam qualidade e melhor resolução do sistema de saúde, entre outras recomendações do Conselho Nacional de Saúde, com base na Constituição Federal, na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) e na Lei nº 8.142/90. Para que isso se cumpra, é necessário planejamento e análise constante.

Um bom planejamento requer preparação, interação entre grupos que tenham interesses diversos, organização de ações e aspectos de comunicação e conhecimento da realidade de um ou mais assuntos. Tendo estes pressupostos em mente, os conselheiros devem se manter sempre informados sobre como a saúde está sendo organizada no seu município.



É preciso, para isto, fazer um levantamento dos planos de saúde que chegam ao Conselho e identificar os problemas apresentados e se estão relacionados com as causas pelas quais os indivíduos adoecem e morrem, com os locais onde aparecem, com as pessoas que estão sendo atingidas. É preciso também que se conheça quais são os recursos financeiros, humanos e físicos previstos para combater determinados problemas.

No exercício de uma de suas atribuições, que é "fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e serviços de saúde", os conselheiros precisam visitar com freqüência os serviços de saúde, pois só assim poderão atestar se estes funcionam ou não e se estão atendendo realmente à população. Para completar sua ação, é necessário que conheçam as lideranças e organizações populares, avaliem periodicamente os indicadores da Atenção Básica priorizados pelo município, peçam à Secretaria Municipal de Saúde dados referentes às ações realizadas, utilizem as informações recebidas que venham sugerir modificações e alterações e apresentem idéias e propostas.

Em suma, a garantia da qualidade no sistema de saúde requer, entre vários outros fatores, a participação efetiva dos Conselheiros de Saúde, que precisam definir:

1. As prioridades da população;
2. Como e quando fazer um planejamento;
3. Como controlar e avaliar os serviços de saúde.

Recursos

De onde vêm? Para onde vão?

O orçamento municipal pretende mostrar de onde provêm e para onde serão designados os recursos da saúde por meio da participação de todos os segmentos da sociedade. Podemos defini-lo como um processo pelo qual se elabora, se expressa, se aprova, se executa e se avalia o nível de cumprimento do programa do governo para cada período orçamentário.

Esta atuação tem como objetivo garantir o cumprimento das ações e serviços que atendam às necessidades da população. Desta forma, qualquer cidadão pode ter acesso a ele e, se for preciso, questioná-lo junto aos órgãos responsáveis.

Para não deixar nenhuma dúvida pairar no ar quanto aos gastos do município, sobretudo em relação à saúde, o prefeito de Icapuí, cidade localizada no litoral de Aracati – CE, optou por uma alternativa inusitada e criativa: pintou o orçamento no muro da sua casa. Esta ação, possível em uma cidade que abriga quase 17 mil habitantes, onde a maioria circula pelo mesmo espaço e passa quase sempre em frente à residência do prefeito, se tornaria inviável em municípios mais populosos. No entanto, todos eles devem apresentar seus orçamentos e torná-los acessíveis à população.

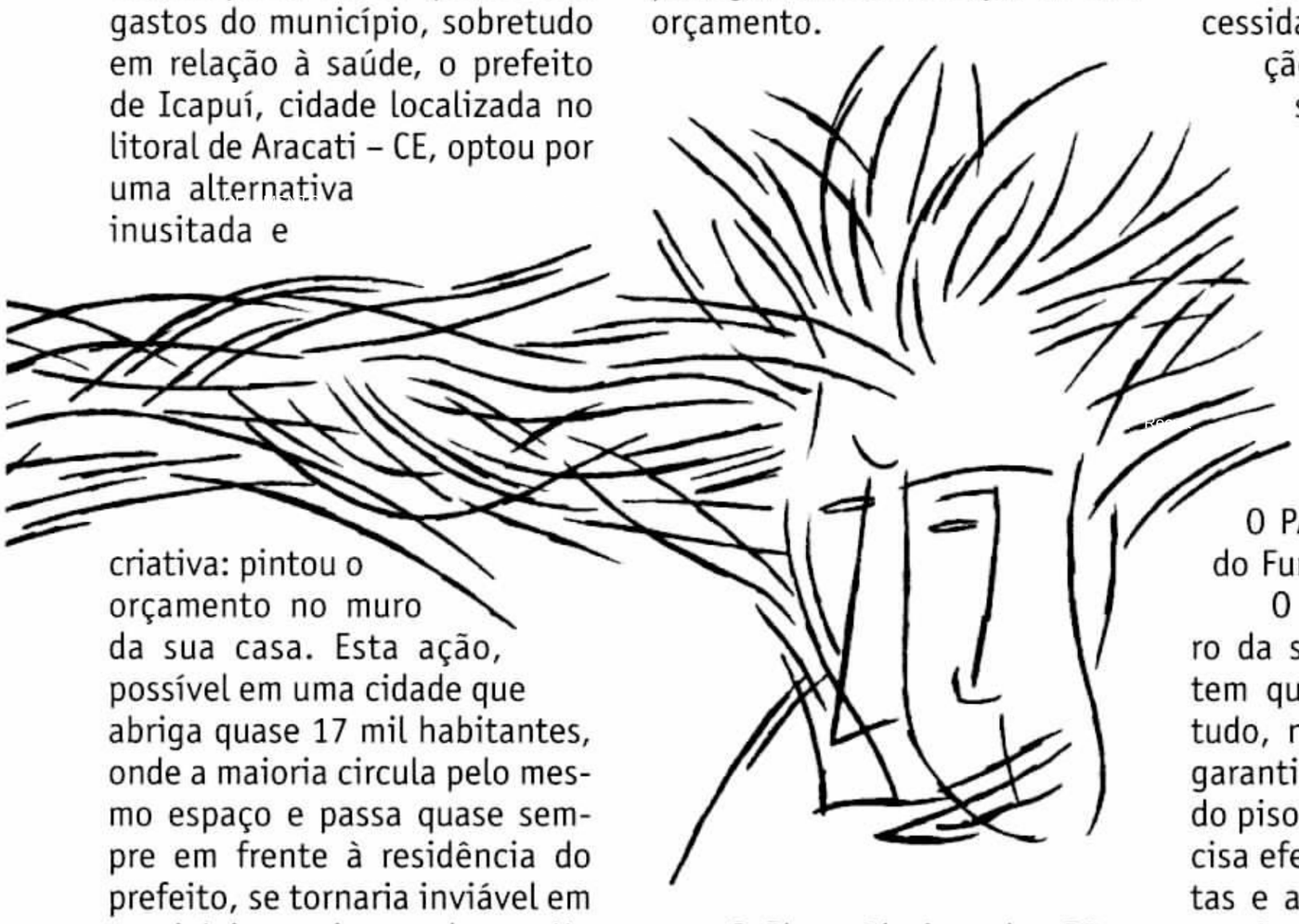
Como toda ação pública, tal iniciativa precisa de um detalhado planejamento antes de ser executado. Devem ser levantadas questões como:

1. Em que, para que e por que se pretende gastar determinada quantia?
2. Que segmentos da saúde utilizarão o dinheiro disponível?
3. De que maneira o município obterá os devidos recursos?

Esta elaboração somente pode acontecer, desnecessário dizer, mediante respaldo legal.

PLANOS E MEDIDAS DE ORÇAMENTO

Segundo a Constituição Brasileira, o Poder Executivo deve elaborar leis para o Plano Plurianual, as Diretrizes Orçamentárias e os Orçamentos anuais, que são subsídios para que os municípios possam efetuar o planejamento e execução do seu orçamento.



O Plano Plurianual – PP – contém informações sobre obras e demais investimentos que serão realizados. Este tem durabilidade de quatro anos e deve ser elaborado logo no primeiro ano da gestão, para ser executado nos três anos seguintes até o primeiro ano da nova gestão. A Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO – contém regras para a elaboração do orçamento que deve ser produzido pelo Poder Executivo a partir de abril do primeiro ano e encaminhado até final de junho ao Poder Legislativo para que possa ser aprovado. Através da LDO, são garantidos os recursos necessários para o desenvolvimento das ações de saúde. Já os orçamentos anuais são elaborados pelo Poder Executivo a partir de julho e encaminhados ao Poder Legislativo até o final do mês de setembro, que deve aprová-los até o final da primeira quinzena de dezembro.

DE ONDE PROVÊM OS RECURSOS DA SAÚDE

Para atender a todas as necessidades de saúde da população e tentar cumprir com suas obrigações, os municípios recebem mensalmente do Governo Federal uma quantia fixa para a Atenção Básica (o Piso da Atenção Básica – PAB), que representa em torno de R$ 10,00 por habitante ao ano.

O PAB fixo é pago por meio do Fundo Municipal de Saúde.

O PAB reúne todo o dinheiro da saúde em um só lugar e tem que estar previsto, sobretudo, no Plano de Saúde. Para garantir ainda o uso adequado do piso, a gestão municipal precisa efetuar a prestação de contas e apresentar o relatório de gestão com a aprovação do Conselho de Saúde.

Há ainda um valor repassado pelo governo que varia segundo algumas necessidades do município, denominado como PAB variável. Em caso de ter na cidade agente comunitário contratado, o município recebe do Ministério da Saúde aproximadamente R$ 2.200,00 por agente/ano para que possa garantir o salário do funcionário designado para a função. Já para cada equipe do Programa de Saúde da Família, o município recebe mais ou menos R$ 36.000,00 por ano. Para a compra de remédio, este recebe R$ 2,00 por ano para cada indivíduo. Se o município apresentar um plano para o combate à desnutrição, receberá em média R$ 180,00 por ano para cada criança desnutrida. Por fim, para o incentivo à vigilância sanitária básica, o município recebe R$ 0,25 por habitante/mês.

O Ministério destina, ainda, verba para custear assistência especializada (como internações em hospitais municipais próprios), exames de laboratório, de Raio X, Ultrasonografia e consultas e também para convênios voltados para investimentos, reformas, construções e combate às doenças mais comuns na região – a exemplo da dengue e da malária – ou mesmo para acordos de cooperação, integração e intercâmbio científico e tecnológico.

Vale ressaltar que os recursos liberados aos municípios para ações da saúde são retirados dos impostos que a população paga e das compras efetuadas, já que em todos os produtos e serviços são taxados impostos. Arrecada-se, por exemplo, dos impostos tributários, como o Imposto Predial e Territorial Urbano – IPTU, o Imposto sobre Serviços – ISS, o Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores – IPVA e o Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços – ICMS. Há ainda a tributação sobre transferências de fundos monetários e pagamento de cotas únicas, entre outros similares.

A sociedade e os Conselhos

Críticas e Sugestões

Logo na apresentação desta Súmula, dissemos que existe uma grande distância entre projeto e realidade, distância esta que só pode ser vencida com muita reflexão, com a participação de todos e com controle social efetivo. O relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2000, na qual estiveram presentes cerca de 2500 delegados de todo o país, ressalta os avanços alcançados desde o início da implantação do SUS sem, no entanto, deixar de apontar as deficiências que ainda precisam ser superadas.

Diversas propostas foram feitas com o objetivo de melhorar a qualidade e ampliar a extensão do controle social, tais como:

- Aumentar a representatividade dos conselheiros, criando mecanismos que garantam que suas ações nos conselhos estejam de acordo com a vontade da coletividade que eles representam;
- Criar Conselhos Municipais e Estaduais de Cidadania, integrados por representantes dos diferentes conselhos que tratam de políticas sociais;
- Observar a obrigatoriedade da existência de Conselhos Gestores em todas as unidades e serviços de Saúde;
- Implantar efetivamente os Orçamentos Participativos, como forma de aumentar a discussão das políticas públicas;
- Instaurar novos instrumentos de controle social do tipo ouvidorias ou "Disque-SUS", para receber e tratar de denúncias de cidadãos sobre os serviços de saúde;
- Aperfeiçoar leis e regulamentos referentes ao controle social.

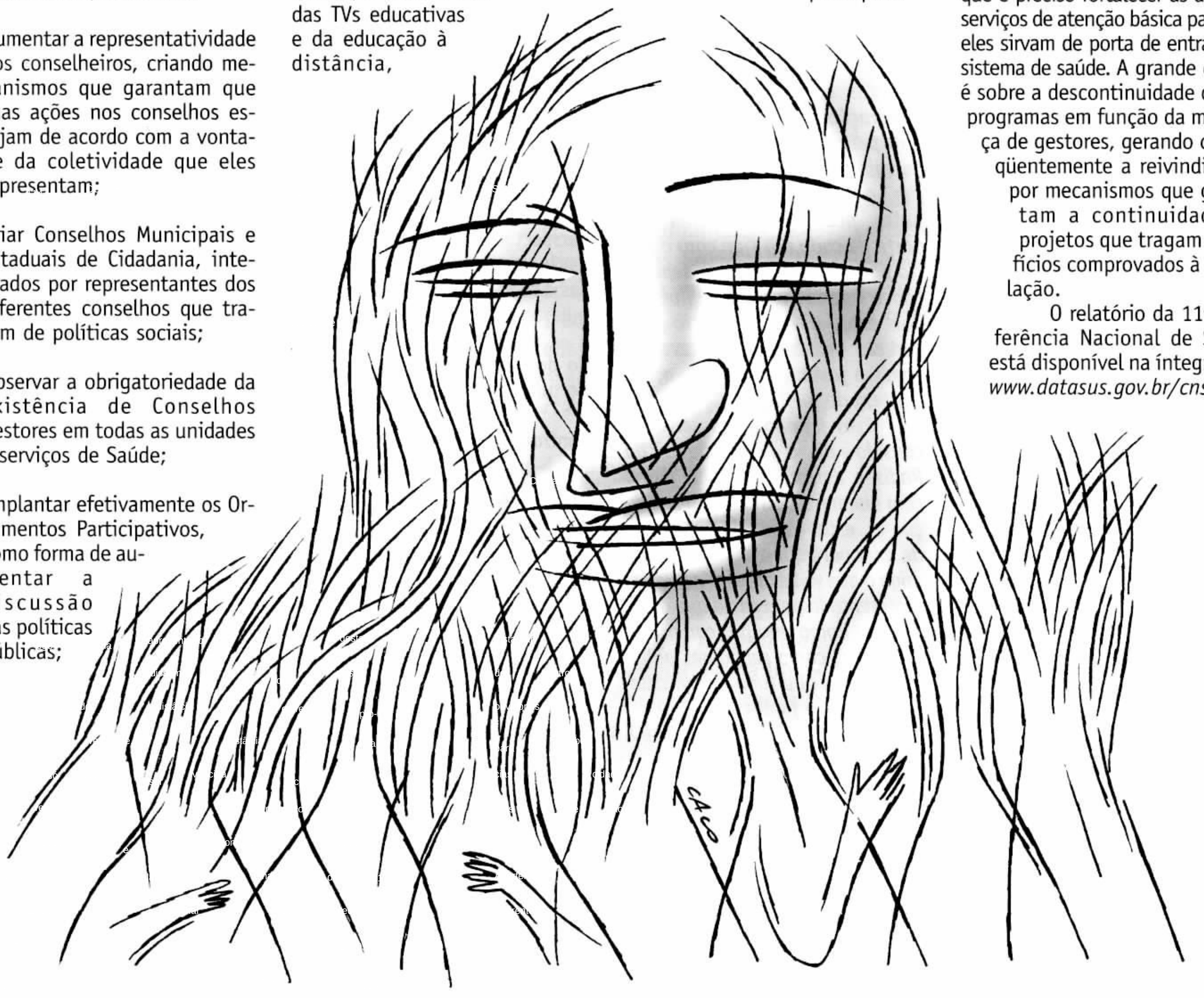
Outro ponto importante foi o reconhecimento da necessidade de maior capacitação para os conselheiros e até mesmo para usuários do SUS, com ênfase no controle social e na participação cidadã. A idéia é que, a partir da articulação entre a Universidade, os serviços de saúde, as Secretarias de Saúde e outros segmentos sociais, e com o uso das TVs educativas e da educação à distância, sejam criados periodicamente cursos de formação de conselheiros. O esclarecimento da população, por meio de cartilhas e campanhas nacionais, sobre o papel, as funções e as ações dos Conselhos de Saúde foi considerado fundamental para seu fortalecimento e para a possibilidade de transformá-los no elemento de ligação ideal entre o cidadão e o Ministério Público, no que diz respeito por um lado ao recebimento de denúncias dos usuários e por outro ao encaminhamento de ações e serviços junto à sociedade.

Também ficou explícita a demanda nas áreas de comunicação e informação. Neste âmbito, há três sugestões principais:

1. Que cada conselho tenha seu próprio veículo de comunicação, com suporte técnico garantido pelos gestores, e um computador ligado à Internet, para a constituição de uma rede acessível a todos;
2. Que a mídia, inclusive a grande imprensa, seja usada intensivamente para a valorização do controle social junto à sociedade;
3. Que sejam criados canais permanentes de comunicação entre os Conselhos e o Ministério Público.

O relatório também mostra que é preciso fortalecer as ações e serviços de atenção básica para que eles sirvam de porta de entrada do sistema de saúde. A grande crítica é sobre a descontinuidade desses programas em função da mudança de gestores, gerando conseqüentemente a reivindicação por mecanismos que garantam a continuidade de projetos que tragam benefícios comprovados à população.

O relatório da 11ª Conferência Nacional de Saúde está disponível na íntegra em: *www.datasus.gov.br/cns*.



Aos leitores

Esta edição especial da Súmula marca uma mudança profunda no Radis, na sua forma de organização interna, na sua capacidade de traduzir as iniciativas e demandas vinculadas ao sistema de saúde e às crescentes necessidades da população. Mudanças que trarão ganhos enormes para seus leitores.

Em 19 anos de existência, o Radis passou por importantes transformações, que buscavam acompanhar a conjuntura do País e do setor saúde em particular. Como instituições umbilicalmente ligadas à saúde e à melhoria das condições de vida de nossa população, a Escola Nacional de Saúde Pública e a Fiocruz procuraram sempre fazer do Radis um veículo não apenas de criação de consciência para mudanças, mas fundamentalmente um instrumento capaz de reconhecer e dar voz à sociedade organizada e aos atores sociais que passaram a gerenciar o sistema de saúde do País.

É com um sentimento de orgulho por ter conseguido contribuir com todo este processo que pela primeira vez nestas páginas me permito escrever na primeira pessoa do singular, na medida em que vivo esta mudança no mesmo momento em que deixo de ser um membro desta equipe. Estou deixando a Coordenação e a Edição do Radis para assumir novas tarefas na Vice-Presidência de Desenvolvimento Institucional, Informação e Comunicação da Fundação Oswaldo Cruz, convocado para contribuir no conjunto de atividades da Fiocruz na área da informação e da comunicação. Sair do Radis é uma decisão muito difícil de ser tomada.

Para quem passa 14 anos como repórter, redator, editor e Coordenador deste Programa é mais difícil ainda. Nestes anos, o Radis alterou sua linguagem, redesenhou sua equipe para dar conta do desafio de traduzir para a sociedade as especificidades das questões que cercam o setor saúde, informatizou suas instalações, cresceu em credibilidade e respeito junto às mais variadas áreas, além de dinamizar a cobertura dos eventos que elegia como importantes para seus leitores.

Agradeço profundamente ao conjunto de dirigentes da Ensp e da Fiocruz que confiaram a mim a coordenação desta equipe por tantos anos, aos amigos e companheiros da Fiocruz que nunca faltaram com seu estímulo, críticas e sugestões; aos nossos leitores que em tantas oportunidades e embates nos fizeram respirar fundo e continuar este trabalho e à equipe que tive a oportunidade de coordenar, sem a qual nada disso teria sido realizado.

Estou descobrindo agora que mais difícil que decidir sair do Radis está sendo conseguir me despedir. Há uma parábola que fala da existência de pessoas que se encontram em determinado momento da vida, se identificam profundamente e depois se separam. Quando há esta grande identificação, entretanto, diz a parábola que estas pessoas estão separadas só aparentemente. A integração entre elas, o carinho, o respeito, a admiração, a troca de valores de um e de outro, enfim, o que um aprende com o outro, acaba fazendo com que parte de cada um siga com o outro para sempre. Logo, a separação é apenas aparente, pois os dois estão um com o outro para o resto de suas vidas, levando consigo justamente o que o outro tem de melhor.

Esta parábola me serve de consolo e alivia a perda de sair do Radis e deixar o convívio diário com quem fica. Saio com a sensação de estar deixando um pouco de mim por aqui e carregando comigo o que vivi e aprendi no Radis, representado por tudo o que construímos como equipe, como profissionais, como servidores públicos e, mais que tudo, como cidadãos. Precisa falar mais?

Álvaro Nascimento

Ex-Coordenador e Editor
do Programa Radis/Ensp/Fiocruz
(*alvaro@presidência.fiocruz.br*)

TEMA ASSEMBLÉIA MUNDIAL DE SAÚDE

A próxima publicação temática do Programa Radis, prevista para o mês de setembro, reportará as discussões e propostas da 54ª Assembléia Mundial de Saúde, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e realizada em maio deste ano. Partindo dos grandes eixos temáticos da Assembléia (alimentação de lactantes, desnutrição, combate à aids e outras doenças sexualmente transmissíveis, luta contra o tabagismo, alerta mundial acerca de epidemias, acesso a medicamentos e outros), a Tema delineará as relações com a realidade nacional, atendendo à crescente necessidade de uma visão panorâmica, precisa e crítica acerca da qualidade de vida e saúde dos brasileiros.

ENCONTRO NACIONAL DE EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE

A Rede de Educação Popular e Saúde (Elos/Fiocruz) está planejando com muito carinho o II Encontro Nacional, que se realiza em Brasília, de 6 a 9 de agosto. O Encontro, que acontece em conjunto com o II Seminário sobre Educação e Saúde no Contexto da Promoção da Saúde, tem como objetivos mapear os caminhos e perspectivas para o campo da educação e saúde, discutindo práticas e teorias nos movimentos populares e nos espaços da saúde .

O Radis estará lá, participando do Encontro e realizando cobertura jornalística.

Mais informações sobre o Encontro pelo fax: (61)2747022 ou por e-mail: *coletiva@unb.br.*

EXPEDIENTE

SÚMULA é um órgão oficial da Fundação Oswaldo Cruz, editado pelo **Programa Radis** (Reunião, Análise e Difusão de Informação sobre Saúde), da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp).

Periodicidade: bimestral

Tiragem: 42 mil exemplares

Assinatura: Grátis, em conjunto com as revistas TEMA e DADOS.

Presidente da Fiocruz: **Paulo Buss**

Diretor da Ensp: **Jorge Bermudez**

PROGRAMA RADIS

Coordenador: **Rogério Lannes Rocha**

Editor: **Caco Xavier**

Redação: **Ana Beatriz de Noronha, Daniela Sophia e Katia Machado** (reportagem e redação), **Aristides Dutra** (projeto gráfico) **e Valéria Monteiro**

Administração: **Teresa Oliveira**, **Luis Otávio e Vanessa Santos**

Endereço: Av. Brasil, 4036 / sala 515 – CEP 21040-361 – Manguinhos – Rio de Janeiro. Telefax (021) 260-7979

E-Mail: *radis@ensp.fiocruz.br*

Esta **SÚMULA Especial** foi produzida baseada nos textos das duas **Cartilhas de Conselheiros(as) de Saúde**, publicadas pela **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso/Conselho Estadual de Saúde**, como parte do **Projeto de Capacitação de Conselheiros(as) de Saúde e Sociedade Civil Organizada**. O projeto foi realizado em conjunto com o **Grupo de Saúde Popular (GSP)** e com o apoio do Instituto de Saúde Coletiva (ISC-UFMT); Instituto Pastoral de Educação e Saúde Popular (IPESP); Fundação de Saúde de Cuiabá (FUSC); Conselhos de Secretários Municipais de Saúde - MT (COSEMS). Secretário de Saúde de Mato Grosso: Júlio Muller; Presidente do Grupo de Saúde Popular (GSP): Erivã Garcia Velasco.

MESTRADO E DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA

A Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp) já está divulgando seus programas de mestrado e doutorado em Saúde Pública para o ano que vem. As inscrições poderão ser efetuadas de 20 de agosto a 5 de outubro de 2001. Mais informações sobre os cursos: Secretaria Acadêmica da Ensp/Fiocruz, rua Leopoldo Bulhões, 1480, sala 317, Rio de Janeiro, RJ. CEP 21041-210.

FIOCRUZ

Ligação gratuita: 0800-230085
Tel.: (21) 2598-2557; Fax: (21) 2598-2727
E-mail: seca@ensp.fiocruz.br
Home page: http://www.ensp.fiocruz.br